

# 子育て世代が暮らしやすい町の実現を目指した 兵庫県加古郡播磨町における3歳児健診データ分析の試み

## Analyzing 3-Year-Old Child Health Examination Data in Harima-town to Realize a Safe and Comfortable Life for the Child-Rearing Generation

後藤快斗<sup>1\*</sup>      西尾理津子<sup>2</sup>      前川啓子<sup>2</sup>  
Kaito Goto<sup>1</sup>      Ritsuko Nishio<sup>2</sup>      Keiko Maekawa<sup>2</sup>  
工藤美子<sup>1</sup>      能町しのぶ<sup>1</sup>      笹嶋宗彦<sup>1</sup>  
Yoshiko Kudo<sup>1</sup>      Shinobu Nomachi<sup>1</sup>      Munehiko Sasajima<sup>1</sup>  
  
兵庫県立大学<sup>1</sup>      播磨町<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> University of Hyogo      <sup>2</sup> Harima-town

**Abstract:** 本研究が対象とする兵庫県加古郡播磨町は「安心して子育てができる町」を目指しているが、乳幼児健診の結果に応じた支援すべき児の判断基準は組織内で明文化されておらず、ベテランの保健師や医師の判断に頼っているのが現状である。経験の少ない職員には、その判断を補助する仕組みが必要であるため、本研究は、過去の事例から、支援が必要な児に適切なタイミングと方法で支援を進める仕組みづくりの実現を目指している。本稿では、3歳児健診とフォロー台帳を用いたデータ分析の試みについて紹介する。

### 1 はじめに

厚生労働省 [1] は、2021 年度の1歳6か月児健診の受診率が95.2%、3歳児健診の受診率が94.6%と発表しており、乳幼児健診は受診率の高い健診である。国立研究開発法人 国立成育医療研究センター [2] は、乳幼児健診で取り扱う健康課題は重層化していることが特徴であり、健康課題のスクリーニングの視点だけでなく、支援（サポート）の視点が必要となっている。これに呼応して医師・歯科医師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、心理職、保育士などの多くの職種がかかわりをもつようになったと述べており、乳幼児健診は複雑化、多様化していることが分かる。

本研究が対象とする兵庫県加古郡播磨町は「安心して子育てができる町」を目指しているが、乳幼児健診の結果に応じた支援すべき児の判断をベテランの保健師や医師に頼っており、判断基準が組織内で明文化されていないという課題を抱えている。一般に、ベテランの保健師は、受診者や保護者に安心感を与える対応ができる。子育てにおいては、保護者にとっても初めてのことが多く起きるため、心配ぎみになってしまっ

たり、逆に、楽観的になったりすることがある。心配し過ぎる人に対しては、安心させつつ診察結果を伝える必要があり、楽観的過ぎる人に対しては、不安にさせないようにしつつも、事実を正しく伝える必要がある。ベテランの保健師に担当されたことで、安心した経験を持つ人は多いと考えられる。

こうしたベテランと同等な対応を、より多くの保健師が出来るようになれば、「安心して子育てができる町」に一步近づくのではないかと筆者らは考えている。後述するように、乳幼児健診では多くの項目についてデータを得るのであるが、ベテランの保健師は、それらデータから、目の前の児について判断するだけではなく、その事実をどのように伝えるのが適切なのかを読み取れているのではないかと考えている。この目標を達成するためには、乳幼児健診のデータから、ベテランの保健師と同等な判断ができるように補助する仕組みが必要である。新人保健師が不安を抱え、支援する仕組みが必要であることは、複数の研究者 [3][4] [5][6] により指摘されている。

本研究は、過去の事例から、支援が必要な児に適切なタイミングと方法で支援を進める仕組みづくりの実現を目指す。そのための具体的な方法として、過去の乳幼児健診の結果と、その受診者に対して行った支援の有無、その支援に至った経緯、実際の支援内容についてのデータを分析することによって、「適切な支援」が、

\*連絡先：兵庫県立大学社会情報科学部社会情報科学科  
〒651-2197 兵庫県神戸市西区学園西町8丁目2-1  
E-mail:fa21e037@guh.u-hyogo.ac.jp

「どのような判断」によって行われたかを分析し、明文化する。そのうえで、乳幼児健診を担当している保健師を含めた本研究看護職メンバーと、明文化された知識を分析し、小児発達支援についてベテランの保健師の判断の仕方を明らかにする。明文化した知識を参照することにより、経験の少ない保健師らもベテランと同等な判断をすることができるようになり、乳幼児健診と支援事業全体の質を底上げできると考えている。

本研究では、3歳児健診で支援対象となる児には、運動の発達と、言語の発達に特徴があると分かった。また、保護者の不安にも起因していることが明らかになりつつある。本稿は、「安心して子育てができる町」の実現へ向けた最初のステップとなっている。

## 2 データの概要

播磨町では現在、乳児健診、10か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診の4つの乳幼児健診が実施されている。そして、それら4つの乳幼児健診のいずれかの健診で支援が必要だと判断された乳幼児は、乳幼児フォロー台帳に記載される。これら5つのデータと新生児訪問、出生児届出状況データを合わせた計7データ、過去5年分(2018年4月から2023年3月)が今回の分析対象データである。データの量については表1に示す。本研究では、分析対象データの一部である3歳児健診と乳幼児フォロー台帳データを使用して分析した。

次に、どのようなデータ項目が存在するのかについて記す。データ項目は大きく4つに分かれる。1つ目は基本情報であり、氏名や生年月日、母親宛名番号、受診日、月齢<sup>1</sup>、カウプ指数<sup>2</sup>等が含まれる。2つ目は発達検査の項目であり、健診時の年齢と標準発達とに差異がないかを確認するための項目からなっている。3つ目は医師の診察項目であり、医師が記入する。ここに含まれる項目には、特定の病気の疑いがないか等が記さ

表 1: データの概要

データ名	行 (件数) × 列 (データ項目)
新生児訪問	698 × 10
出生児届出状況	965 × 14
乳児健診	1223 × 151
10か月児健診	1229 × 136
1歳6か月児健診	1319 × 190
3歳児健診	1511 × 262
乳幼児フォロー台帳	585 × 23

<sup>1</sup>健診受診日の年齢を表しており、3歳児健診であれば3歳以上4歳未満の範囲内となっている。

<sup>2</sup>体重と身長の関係から計算できる数値で、体重(kg)÷身長(m)<sup>2</sup>で求められる。主に肥満度を測るために使われる。

れている。4つ目は支援の判断についての項目であり、健診後に支援が必要な場合に記載され、記載された経緯も記入される。

最後に本研究での支援について定義する。本研究での支援は継続した多職種による支援のことを指し、乳幼児発達相談、親子相談、教室と療育、の3つに分けられる。乳幼児発達相談は集団健康診査、相談等で把握した発達上問題があると思われる乳幼児に対して、心と身体の総合的な発達相談と指導を行うものであり、医師、心理士、保健師による相談事業である。親子相談は心理士による子育て相談であり、心身に障がい有する者又は心身の発達上何らかの心配のある者の生活上の問題について早期に相談支援を実施し、医療機関、療育、親子教室への紹介や生活全般のアドバイスを行う。教室は集団で実施する親子教室である。療育は個別で実施するもので言語療法(ST)、作業療法(OT)、理学療法(PT)、心理療育がある。以上を総称して本研究では支援と呼ぶ。

## 3 3歳児健診と乳幼児フォロー台帳の分析

本章では、播磨町での3歳児健診と乳幼児フォロー台帳を掛け合わせたデータを分析する。目的は小児発達支援においてベテラン保健師の乳幼児健診における判断基準を明らかにすることである。分析対象は3歳児健診の受診者、1511名である。特に保健師が関わることの多い発達検査の項目に着目した分析となっている。

### 3.1 乳幼児フォロー台帳について

本節では、乳幼児フォロー台帳について述べる。乳幼児フォロー台帳とは、支援を行った乳幼児の支援内容や支援の開始日、終了日等を記入したものである。

乳幼児によっては、複数回の支援を受ける場合もあるため、今回の分析では乳幼児フォロー台帳に1回以上記載された乳幼児を「支援あり」とラベル付けする。

### 3.2 3歳児の分類と分析

本節では、3歳児健診データを対象に、3歳児を分類して分析した。その結果を示す。なお、分析にはPythonを使用した。

#### 3.2.1 前処理

事前に定めたルールに従って前処理した結果、1511件×279データ項目から1311件×50データ項目となった。内訳は前処理前は、支援ありが239名、支援なしが1272名、支援率は15.8%であり、前処理後は、支援ありが202名、支援なしが1109名、支援率は15.4%となった。前処理のルールを以下に示す。

1. 本研究では支援の時期や内容に関わらず支援を受けた3歳児を「支援あり」に統一して分析する。そのた

め、「支援あり」を1,「支援なし」を0とするフォロー列を新たに追加し、乳幼児フォロー台帳に含まれる列はすべて削除する.: 1511 × 263

2. 本研究では保健師の判断に着目しているため、医師の診察による病気の疑いの有無が記載された列は本分析の対象外とし、削除する.: 1511 × 63

3. 欠損値<sup>3</sup>が100個未満のデータ列に欠損値をもつ3歳児についてはデータの信頼性を担保するため、分析対象外とする。欠損値が100未満の列に欠損値のある3歳児については行ごと削除する.: 1311 × 63

4. 欠損値が1000以上のデータ列についてはデータの信頼性を担保するため、そのデータ列を分析対象外とする。欠損値が1000以上の列は削除する.: 1311 × 50

5. 欠損値が100以上1000未満のデータ列について欠損値のある3歳児は行を削除してしまうと分析対象が大きく減ってしまうため、欠損値を補う。補完するセルが含まれる列は値の散らばり方が正規分布に従っているため、その列の中央値で補完する.: 1311 × 50

6. 「首のすわり、おすわり、人見知り、後追い、一人歩き、初語、2語文」についてはいずれも後天的な発達である。そのため、これらの列に0カ月目に発達がみられたと解釈される0が記入されることは不適切である。また、3歳児健診データは3歳児の間に受けた健診の結果であり、48カ月目以後に発達がみられたと解釈される48以上が記入されているセルも不適切である。不適切なセルは、そのセルが含まれる列の値の散らばり方がすべて正規分布に従っていたため、列の中央値で補完する.: 1311 × 50

7. 体重と身長で列で明らかな桁の間違いがみられる場合は、適切な値に修正する。また、これら2つのセルから計算して求めている肥満度のセルも併せて再計算し、修正する.: 1311 × 50

これら7つのルールに従って前処理を実行した。

### 3.2.2 クラスタリング

本研究では、クラスタリングを適用するデータが1311件と比較的多いため、非階層型クラスタリングであるk-means法を採用した。実行する際に使用した項目は3歳児健診の中で「肥満度、首のすわり、おすわり、人見知り、後追い、一人歩き、初語、2語文」の計8項目である。

「肥満度」の項目は(測定体重 - 標準体重) ÷ 標準体重 × 100で表され、数値が小さいと痩せぎみ、大きいと太りぎみである。その他の7項目はその発達がはじめて見られた月齢であり、数値が小さいと発達の早さが早め、大きいと発達の早さが遅めという意味をもつ。k-means法により、4分類した結果を表2に示す。

「肥満度」は、性別の身長体重曲線から係数を求めて計算した結果であり、-15～+15%が「ふつう」の範

表 2: 3 歳児の特徴別 4 分類 (k-means 法)

クラスター	人数 (人)	支援率 (%)	特徴
0	8	75.0	肥満度 小 首のすわり、おすわり、一人歩き 大
1	242	25.6	初語、2語文 大
2	695	11.5	標準的
3	366	14.8	人見知り 大
全体	1311	15.4	

囲である。この項目の分析対象データ平均は2.91%であり、「ふつう」の範囲内である。「首のすわり」は、支えなしに頭を安定させられる状態のことで月齢を表しており、一般的に生後3～4か月ごろが目安とされている。この項目の分析対象データ平均は3.29カ月であり、目安の範囲内である。「おすわり」は、支えなしに座った状態をキープできることで月齢を表しており、一般的に生後6～7か月ごろが目安とされている。この項目の分析対象データ平均は6.73カ月であり、目安の範囲内である。「人見知り」は、見知らぬ人に対する恐怖や不安で、人の目を意識しすぎて恥ずかしがったり嫌ったりすることで月齢を表しており、一般的に生後6～12か月ごろが目安とされている。この項目の分析対象データ平均は7.42カ月であり、目安の範囲内である。「後追い」は、保護者の姿が見えなくなると不安になって追いかけてくる行動で月齢を表しており、一般的に生後7～8か月ごろからはじまり、10～18か月ごろがピークとされている。この項目の分析対象データ平均は8.73カ月であり、目安の範囲内である。「一人歩き」は、物につかまらずに自力で2、3歩交互に足を出せる状態になることで月齢を表しており、一般的に生後13か月過ぎが目安とされている。この項目の分析対象データ平均は12.49カ月であり、目安の範囲内である。「初語」は、子どもが最初に発する意味のある1語分で月齢を表しており、一般的に生後12カ月前後が目安とされている。この項目の分析対象データ平均は13.20カ月であり、目安の範囲内である。「2語文」は、2つの単語からなる発語で生後14～24か月ごろが目安とされている。この項目の分析対象データ平均は22.31カ月であり、目安の範囲内である。

4クラスターそれぞれの特徴について詳しく記す。クラスター0は「肥満度、首のすわり、おすわり、一人歩き」の平均はそれぞれ2.64%、7.38カ月、14.75カ月、26.38カ月であり、全体の平均である2.91%、3.29カ月、6.73カ月、12.49カ月と比較すると、「肥満度」は小さく、「首のすわり、おすわり、一人歩き」は遅めであるため、痩せぎみで首のすわり、おすわり、一人歩きの発達が遅めのクラスターである。クラスター1は「初語、2語文」の平均がそれぞれ18.54カ月、26.40カ月であり、全体の平均である13.20カ月、22.31カ月と比較すると遅めであるため、初語、2語文が遅めのク

<sup>3</sup> データ内の変数において存在しない値のこと。

ラスタである。クラスター2はどの項目も平均付近であるため、標準的なクラスターである。クラスター3は「人見知り」の平均が9.43カ月であり、全体の平均である7.42カ月と比較すると遅めであるため、人見知りが遅めのクラスターである。

各クラスターに所属する児で、支援が必要と判断された者の割合を支援率とする。支援率は降順にクラスター0、クラスター1、クラスター3、クラスター2となっている。支援率が全体の平均を超えているのは、クラスター0とクラスター1の2つである。

### 3.2.3 主成分分析

「肥満度、首のすわり、おすわり、人見知り、後追い、一人歩き、初語、2語文」に対して標準化を行い、主成分分析を適用して、以上の8つの成分を5つの成分に次元削減した。第4主成分までで累積寄与率は0.71となった。結果を以下の表3にまとめる。

表 3: 主成分分析 (PCA)

	固有値	寄与率	累積寄与率
PC1	2.23	0.28	0.28
PC2	1.30	0.16	0.44
PC3	1.23	0.15	0.59
PC4	0.99	0.12	0.71

主成分の意味づけは、固有ベクトルの数値の大きさと正負の符号から推し量るため、各成分について固有ベクトルを求めて解釈した。各成分は以下のようにPC1は「総合」、PC2は「運動」、PC3は「言語」、PC4は「体質」と名付けた。この後の分析ではPC2とPC3を使用するため、この2成分を例として図1に示し、解釈の仕方を記す。

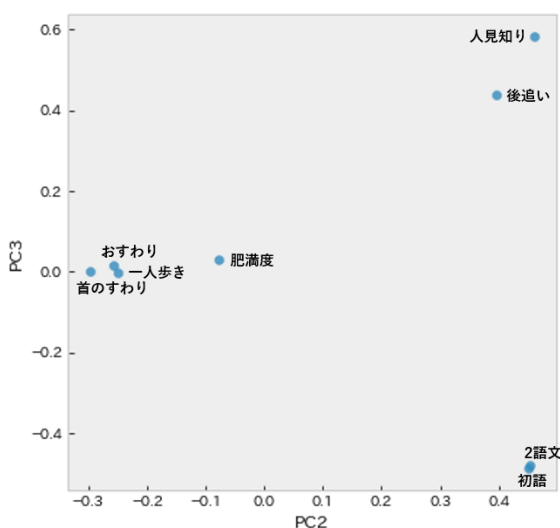


図 1: 成分の解釈 (PC2 と PC3)

本分析では、固有ベクトルの負の値に着目した。PC2は「首のすわり、おすわり、一人歩き」が-0.30, -0.26, -0.25と特徴的であったので、「運動」と名付けた。PC3は「初語、2語文」が-0.49, -0.48と特徴的であったので、「言語」と名付けた。以上のように固有ベクトルの特徴的な項目を用いて、各成分を名付けた。

### 3.2.4 線形回帰

主成分分析で導いた「運動」成分であるPC2をx軸、「言語」成分であるPC3をy軸として分析対象の3歳児1311名を図2に散布図として図示した。オレンジの点が「支援あり」、青の点が「支援なし」となっている。併せて95%信頼区間で回帰直線も図示した。

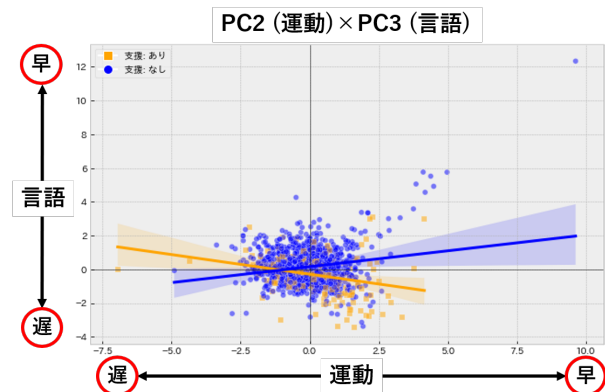


図 2: 発達検査の重要項目発見 (散布図：運動×言語)

回帰分析の結果、支援あり3歳児の回帰直線は

$$y = -0.23x - 0.29$$

支援なし3歳児の回帰直線は

$$y = 0.19x + 0.16 \text{ となった。}$$

支援あり3歳児の回帰直線は傾きが負、支援なし3歳児の回帰直線は傾きが正であった。このことから、運動と言語の発達の早さに差異のある3歳児が多く支援されていると読み取れる。

## 3.3 3歳児健診データを用いた神経発達症の疑いの判定について

本節では、神経発達症<sup>4</sup>の疑いをベテラン保健師が健診データから判断する基準について分析する。

### 3.3.1 3歳児健診の保護者の回答から判定した神経発達症の疑い

3歳児健診では神経発達症の疑いの有無に関わる保護者への質問項目が4つある。「じっとしていることが苦手」、「危険な行動がみられる」、「特にひどいくせがある」、「強いこだわりがある」の4つである。これら4つの質問項目にいくつ該当するのかに応じて分析対象の3歳児1311名を分類した。分類結果を表4に示す。

<sup>4</sup>神経発達症は、知的障害（知的能力障害）、コミュニケーション障害、自閉スペクトラム症（ASD）、ADHD（注意欠如・多動症）、学習障害（限局性学習症、LD）、発達性協調運動障害、チック症の

表 4: 3 歳児の 4 該当項目分類 (累積割合 (計 100 %))

該当項目数	支援あり (%)	支援なし (%)	差 (%)
4 つ	1.0 (2 名)	0.5 (6 名)	+0.5
3 つ以上	14.9 (30 名)	3.6 (40 名)	+11.3
2 つ以上	34.7 (70 名)	15.1 (168 名)	+19.6
1 つ以上	61.4 (124 名)	42.7 (473 名)	+18.7
全体	100.0 (202 名)	100.0 (1109 名)	

該当項目数 1 つ以上から 4 つまでのすべてで「支援あり」が「支援なし」の該当割合を上回っている。以上のことから、保護者への 4 つの質問項目が支援の有無に影響を与える項目であると示された。

### 3.3.2 発達の早さと神経発達症の疑いとの関係

発達の早さに着目して神経発達症児の疑いを分析した結果を示す。前述の保護者への 4 つの質問項目のうち、該当項目数が 2 つ以上の 3 歳児を保護者の回答から神経発達症児の疑いありと判定された 3 歳児と定義する。また、保健師が 3 歳児健診の健診項目のうち、神経発達症児の疑いに関わる項目に要医療、要精密、要観察などと記入した 3 歳児を保健師が神経発達症児の疑いありと判定した 3 歳児と定義する。上述の定義に従い、3 歳児健診受診者 1311 名を A、B、C の 3 つに分類した。A は保護者の回答から神経発達症児の疑いありと判定された 3 歳児であり、238 名、全体の 18.2 % が属していた。B は保健師が神経発達症児の疑いありと判定した 3 歳児であり、225 名、全体の 17.2 % が属していた。C は保護者の回答による判定と保健師の判定がともに神経発達症児の疑いなしとなった 3 歳児であり、941 名、全体の 71.8 % が属していた。内訳を図 3 に示す。

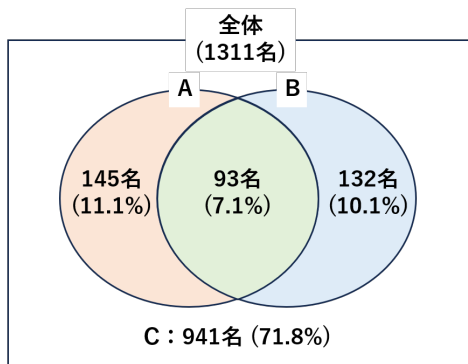


図 3: 3 歳児の内訳 (1311 名)

まず、 $A - (A \cap B)$  は 145 名、全体の 11.1 % となり、保護者の回答からは神経発達症児の疑いありと判定されたが、保健師は神経発達症児の疑いなしと判定した 3 歳児なので、心配ぎみと名付けてオレンジ色で示した。 $A \cap B$  は 93 名、全体の 7.1 % となり、保護者の回答からは神経発達症児の疑いありと判定され、保健師も神経発達症児の疑いありと判定した 3 歳児なので、該当

7 つに分けられる。[7]

と名付けて緑色で示した。 $B - (A \cap B)$  は 132 名、全体の 10.1 % となり、保護者の回答からは神経発達症児の疑いなしと判定され、保健師は神経発達症児の疑いありと判定した 3 歳児なので、楽観的と名付けて青色で示した。

次に、これらの 3 歳児の分布の仕方を可視化した。この分析は標準的な発達の 3 歳児は支援なし 3 歳児の回帰直線上であると仮定している。そのため、支援なし 3 歳児の回帰直線の上側は言語の発達が運動の発達より相対的に早い領域で a、下側は言語の発達が運動の発達より相対的に遅い領域で b と名付けた。赤枠の 1 を  $-1 \leq x < 1, -0.84 \leq y < 1.16$ 、緑枠の 2 を  $-2 \leq x < -1, 1 \leq x < 2, -1.84 \leq y < -0.84$ 、 $1.16 \leq y < 2.16$ 、青枠の 3 をそれら以外とした。つまり、1 から 3 の順に標準的な発達の早さからの遅れ度合いが大きくなっている。これらを使用して、1a、2a、3a、1b、2b、3b の 6 つの領域に分割した。分割結果を図 4 に示す。

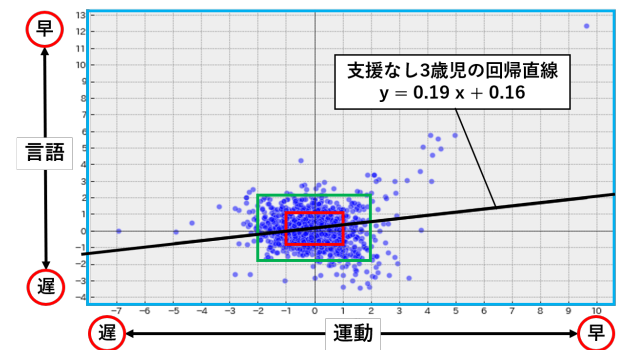


図 4: 領域分析 (運動 × 言語)

上記の領域を使用して 3 歳児を分類した結果を表 5 と表 6 に示す。() 内は該当する人数を示している。

表 5: 3 歳児健診受診者の分析 (運動 ≤ 言語 → 561 人)

	心配ぎみ	非該当	該当	楽観的
1a	11.1 % (29/262)	77.1 % (202/262)	3.8 % (10/262)	8.0 % (21/262)
2a	10.1 % (24/238)	78.6 % (187/238)	3.4 % (8/238)	8.0 % (19/238)
3a	13.1 % (8/61)	70.5 % (43/61)	6.6 % (4/61)	9.8 % (6/61)
a	10.9 % (61/561)	77.0 % (432/561)	3.9 % (22/561)	8.2 % (46/561)

表 6: 3 歳児健診受診者の分析 (運動 > 言語 → 750 人)

	心配ぎみ	非該当	該当	楽観的
1b	11.8 % (53/450)	72.9 % (328/450)	7.3 % (33/450)	8.0 % (36/450)
2b	11.7 % (29/247)	65.2 % (161/247)	8.5 % (21/247)	14.6 % (36/247)
3b	3.8 % (2/53)	37.7 % (20/53)	32.1 % (17/53)	26.4 % (14/53)
b	11.2 % (84/750)	67.9 % (509/750)	9.5 % (71/750)	11.5 % (86/750)



aとbの全体を比較すると該当では、3.9%から9.5%に楽観的では、8.2%から11.5%へとどちらもbがaを上回っていることが読み取れる。また、該当と楽観的の合計値は、1から3の領域へと移動するに従って増えていく傾向にあった。心配ぎみと楽観的に着目すると、1bから3bの心配ぎみを除いて1から3にかけて概ね割合が増えていく傾向が読み取れた。心配ぎみで最も割合が高かった領域は3aで13.1%、楽観的で最も割合が高かった領域は3bで26.4%であった。

## 4 結果と考察

まず、表2のクラスタリング結果を考察する。支援率が75.0%と最も高いクラスター0に着目する。このクラスターに属する8名は瘦せぎみで首のすわり、おすわり、一人歩きの発達が遅めであることから、未熟児が支援されていると推察される。続いて、支援率が25.6%と2番目に高いクラスター1に着目する。このクラスターに属する242名は初語、2語文といった言語の発達が遅めであることから、神経発達症児が支援されている可能性が高いと考えられる。

次に、図2から、運動と言語の発達の早さに差異のある3歳児が多く支援されていることから、発達の早さと支援の有無には関係があると分かった。

そして、表4に示す保護者の回答から、該当項目数1つ以上から4つまでのすべてで「支援あり」が「支援なし」の該当割合を上回っており、3歳児の保護者の心配や考えが支援の有無に一定の影響を与えていると考えられる。

最後に、発達の早さに着目した神経発達症児の疑いについて考察する。表5と表6から、aとbの全体を比較すると保健師が神経発達症児の疑いありと判定している該当と、楽観的のどちらもbがaを上回っていることから、言語発達の早さが運動発達の早さよりも3歳児の神経発達症児の疑いの判定について大きな影響を及ぼしているといえる。1から3にかけて該当と楽観的は概ね増加傾向にあることから、標準発達からの遅れの程度も3歳児の神経発達症児の疑いの判定に影響を及ぼしているといえる。保護者の回答から神経発達症児の疑いがあると判定された3歳児である心配ぎみと該当の合計をaとbで比較すると1から3のすべての領域でbがaを上回った。東谷ら[8]は、発達障害児を持つ保護者を対象に行われた質問紙調査において、79.0%の保護者が指摘や診断を受ける前に子どもの発達・行動を気にしていたこと、その理由として、同年代の子どもと比較して少し遅い・違うと思っていたためと答えた保護者が多かったことを報告している。この2つの事実から、保護者は言語発達の遅れから子どもの発達の遅れに気づき、子どもが神経発達症児であるのかもしれないという疑念を持つ場合があること

が示唆された。

本研究では、3歳児健診では「未熟児」、「神経発達症児の疑い」という2つの観点が支援の決定に影響を与えることが示された。3歳児健診では言語の発達が進んでいるため、発達の早さによっては保護者が心配になったり、あるいは保護者の気づかない症状が見つかることもあると考えられる。今後は個人の特徴に合わせた適切なアプローチができるように、具体的な支援策も含めて分析していきたい。

## 5 おわりに

本研究では、「安心して子育てができる町」の実現のため、最初のステップとして小児発達支援においてベテランの保健師の乳幼児健診における判断基準を明らかにすることを試みた。乳幼児健診の実データを使用して3歳児の分類を行った点、支援される3歳児の特徴を発見した点について意義があると考えられる。特に神経発達症児の疑いについては、保護者と保健師の認識が異なる要因やその合わせ方も含めて、検討の余地があるだろう。

今後は、引き続きベテランの保健師の乳幼児健診における判断基準を明らかにすることに取り組むとともに、支援内容についても踏み込みたい。そして、それらを構造化して支援に必要な乳幼児に適切なタイミングと方法で支援を進めることができるような保健師をサポートするツールの作成を目指す。

## 参考文献

- [1] 厚生労働省, 令和3年度地域保健・健康増進事業報告の概況, 2023
- [2] 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター, 乳幼児健康診査事業実践ガイド, pp87-193, 2018
- [3] 山内京香, 門田加奈, 乳幼児健診における発達支援が必要な子どもの保護者への対応, 藍野大学紀要, 31巻, pp.55-61, 2019
- [4] 都筑千景, 援助の必要性を見極める, 日本看護科学会誌, 24巻, 2号, pp.3-12, 2004
- [5] 川端泰子, 千田みゆき, 行政で働く新任保健師の困難に関する文献検討, 埼玉医科大学看護学科紀要, 13巻, 1号, pp.41-47, 2020
- [6] 香西真由美, 石山美香, 朝倉理映, 森寿々子, 池内明子, 越田美穂, 産後・育児休暇中の先輩保健師の支援による新人保健師技術習得研修 先輩母子をモデルとした沐浴・乳房マッサージ実習の効果, 保健師ジャーナル, 70巻, 5号, pp.406-412, 2014
- [7] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision Dsm-5-tr, Amer Psychiatric Pub Inc, 2022
- [8] 東谷敏子, 林隆, 木戸久美子, 発達障害児を持つ保護者のわが子の発達に対する認識についての検討, 小児保健研究, 69巻, 1号, pp.38-46, 2010